Directeur de la publication :
Jean-François Rey

Rédacteur en Chef :
Stéphane Kirchner

Comité de Rédaction
Jean-Luc Dehaene
Michel Lévy
Gérard Rousselet



UNION NATIONALE DES MEDECINS SPECIALISTES CONFEDERES
79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS
Tél : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 – Fax : 01 40 54 00 66
umespe@club-internet.fr - site : www.umespe.com

Avril 2013

EN DIRECT DU SPECIALISTE N° 120

LA MOBILISATION POUR L'ENGAGEMENT DANS LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

I - ÉDITORIAL DU PRESIDENT :

La mobilisation pour l'engagement dans le contrat d'accès aux soins

L'avenant n°8 commence enfin à être compris par l'ensemble des médecins libéraux à travers la campagne d'explications que nous avons menée, depuis plusieurs mois, face aux désinformations agitées par les réseaux sociaux et qui ont montré leur caractère minoritaire, en particulier, lors du Comité Directeur de l'U.ME.SPE. mais, également, de l'Assemblée Générale de la CSMF.

Les médecins comprennent que l'avenant n°8 est la seule manière de sauvegarder un secteur 2 utilisé d'une manière raisonnable comme le font la grande majorité des médecins libéraux depuis 30 ans. Ils comprennent également que nous avons imposé au Gouvernement des revalorisations financières, certes insuffisantes mais significatives en ces temps de crise. Des mesures tarifaires à la baisse ont été imposées par le Plan de Financement de l'Assurance Maladie et simplement modulées par les syndicats médicaux pour atténuer cette pénibilité financière dont nous n'avons aucune responsabilité dans cette décision qui relève, depuis plusieurs années, du Gouvernement, toutes tendances politiques confondues.

Il s'agit, désormais, de finaliser la dernière partie de l'avenant n°8 en mettant en place le contrat d'accès aux soins, en montrant notre crédibilité mais, également, le sens des responsabilités des médecins libéraux. C'est aussi, pour tous, l'ouverture, à terme, de ce contrat en commençant, dès aujourd'hui, par les anciens chefs de cliniques et ceux qui ont des diplômes équivalents. Bien sûr, ce contrat est imparfait pour certaines spécialités, pour les jeunes, pour l'option de coordination mais, l'essentiel est d'obtenir 30 % de signatures au 1er juillet pour corriger tous ses défauts dans le cadre des Commissions Paritaires Nationales où nous siégeons.

Le paiement, ce mois-ci, aux médecins libéraux, des résultats de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), est un élément encourageant pour la contractualisation avec l'Assurance Maladie. Dans les régions, dans nos verticalités, beaucoup se mobilisent, comme nous le faisons, pour expliquer face à la désinformation. Les premiers retours sont extrêmement favorables, à nous de poursuivre, jusqu'au 1er juillet, cette campagne d'explications et de signatures. C'est la raison pour laquelle nous incluons, dans ce numéro particulier, les lettres d'un certain nombre de verticalités, de régions ou d'engagements personnels qui constituent des explications et un encouragement en renforçant la crédibilité de la signature de la CSMF.

Docteur Jean-François REY

II – DOSSIER : LE CONTRAT D'ACCES AUX SOINS

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'exemples et d'arguments que vous pourrez utiliser dans vos départements ou dans vos spécialités.

Nous continuerons à vous diffuser tous les soutiens que nous recevons et qui sont, heureusement, plus nombreux que les messages de désinformation diffusés par des syndicats minoritaires.

Enfin, il est bon de rappeler que l'accord du 15 octobre 2009 sur le secteur optionnel a été signé par la CSMF et le SML, que la convention de septembre 2011 comportant également un secteur optionnel a été signée par la CSMF, le SML, MG France et ratifiée par les différentes instances de ces syndicats. Il est bon, également, de rappeler que le périmètre financier du contrat d'accès aux soins est largement plus profitable pour les praticiens et leurs patients que ne l'était le secteur optionnel. Nous sommes donc dans la cohérence de cette démarche en ayant signé le contrat d'accès aux soins dans le cadre de l'avenant n° 8 et, comme nous l'avons fait précédemment, avec la mise en place de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique qui a fait disparaître les CAPI, nous pensons d'abord à l'intérêt financier des médecins libéraux.

Ceux qui participent, actuellement, à la désinformation et jouent la politique du pire et de la peur, en porteront la responsabilité en cas d'échec.

Dr Jean-Francois REY

2.1. : Des exemples à suivre !

- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :-

CSMF-LORRAINE
10 Route de Thionville
Parc de Varimonts
57140 WOIPPY
Téléphone : 03.87.31.97.97
Site internet : www.csmflorraine.org
Mail : csmf_lorraine@csmf.org

A TOUS LES SPECIALISTES LORRAINS

Woippy le 17 avril 2013

Cher Confrère, Cher Ami,

Cela fait plus de 5 mois que l'avenant n° 8 a été signé et 4 mois qu'il a été publié au Journal Officiel. Il va entrer en application au 1er juillet 2013, donc dans seulement 2 mois ½. Il a fait couler beaucoup d'encre, mais il est temps de voir objectivement les modifications et les opportunités qu'il va apporter dans notre pratique.

1) <u>POUR LES SECTEURS 1</u> :

Les négociations menées par la CSMF ont permis des avancées tarifaires non négligeables pour les spécialistes en secteur 1, bien que cela ne faisait pas partie de la demande initiale du gouvernement, et malgré la crise et l'état des finances de la Sécurité Sociale. Quelles sont-elles ?

- Application de la majoration forfaitaire de 5 € sur les actes cliniques pour les patients âgés de plus de 85 ans (et de plus de 80 ans au 1er juillet 2014) ;
- Le C2 consultant pourra être coté tous les 4 mois au lieu de 6 mois ;
- Une majoration de 5 € est créée pour les pédiatres pour les actes effectués chez les nouveau-nés grands prématurés et jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave ;
- Une nouvelle étape de revalorisation de la CCAM Technique pour les cardiologues, dermatologues, chirurgiens, endocrinologues, hématologues, gynéco-obstétriciens, neurologues, généralistes, ORL, pédiatres, psychiatres, pneumologues, rééducateurs fonctionnels et rhumatologues. Une 2è étape aura lieu le 1er mars 2014 et une 3è au 1er janvier 2015.

Une grande avancée a été obtenue pour les confrères qui possédaient initialement les titres nécessaires pour accéder au secteur 2 (ACCA, ancien assistant, praticien hospitalier, praticien hospitalier à temps partiel avec
5 ans d'ancienneté). Ils peuvent adhérer au nouveau contrat d'accès aux soins et ont tout intérêt à le faire, il n'y a en effet que des avantages pour eux. Si vous pensez être concernés, faites-vous connaître auprès de la Caisse ou au secrétariat de la CSMF-Lorraine pour confirmer votre éligibilité. L'objectif de l'UMESPE est de permettre à terme à tous les secteurs 1 de pouvoir adhérer à ce contrat.

2) <u>POUR LES SECTEURS 2</u>

Il est créé un Contrat d'Accès aux Soins (CAS) qui va vous être présenté prochainement par les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM), lesquels vous fourniront des données précises sur votre profil d'activité.

Il s'agit d'un contrat de droit privé (non modifiable et ne pouvant être résilié que par un des deux signataires), d'une durée de 3 ans, résiliable tous les ans, proposés aux médecins du secteur 2 dont la moyenne des dépassements recalculés est inférieure à 100 % sur l'ensemble de l'activité.
En Lorraine, le taux moyen (avant recalcul) est aujourd'hui de l'ordre de 42% en secteur 2 (source ISPL).

Il impose de figer le taux de compléments d'honoraires 2012 recalculé pour les 3 prochaines années et de garder la même part d'activité à honoraire opposables (CMU, urgences, bénéficiaires ACS).

En contrepartie, vos cotisations sont alignées sur celles du secteur 1 pour les actes à tarif opposable, vous bénéficierez des mêmes cotations cliniques que le secteurs 1 (CS + MPC + MCS + et non plus seulement CS), des nouveaux tarifs pour la CCAM technique, l'extension de l'application du coefficient K aux actes d'accouchement pour les secteurs 1 et enfin des coefficients J et K pour les actes de chirurgie qui en bénéficient en secteur 1. Enfin, vos patients bénéficient d'une meilleure prise en charge des compléments

d'honoraires facilitant ainsi l'accès aux soins, primordial en ces temps de crise. Il est à noter qu'avec les revalorisations successives de la CCAM, vos honoraires en tarif opposable augmenteront.

Pour que ce Contrat d'Accès aux Soins démarre dès le 1er juillet, il est nécessaire que 33 % des médecins éligibles y adhérent avant le 30 juin 2013.

Si vous êtes en secteur 2, nous vous invitons à y adhérer car ce contrat n'entrave pas votre liberté de moduler vos compléments d'honoraires suivant les cas (en respectant un taux moyen pour l'ensemble de l'activité). Y adhérer avant le 30 juin 2013 est le meilleur moyen de faire pression sur les mutuelles pour qu'elles respectent leur engagement de solvabilisation privilégiée du reste à charge dans le cadre du CAS ; s'y opposer, c'est faire leur jeu, mais aussi jouer avec le feu, car de nombreux parlementaires ne souhaitent que son échec pour reprendre la main lors du prochain PLFSS (Projet de Loi de la Sécurité Sociale) à l'automne. Si votre confiance est limitée dans les Caisses, vous aurez toujours la possibilité de résilier le contrat avant la fin de cette convention (fin 2016) ; vous retournerez alors en secteur 2 qui ne bénéficiera pas de ces avancées tarifaires et de la prise en charge privilégiée des cotisations pour les actes réalisés en tarifs opposables.

Vous trouverez ci-joint une fiche détaillant les avantages du CAS et répondant certainement à vos interrogations, une lettre d'adhésion à envoyer à votre CPAM pour les médecins secteurs 1 pouvant adhérer au CAS et la liste des titres permettant d'y adhérer.

Nous comprenons les réticences de certains de nos confrères en secteur 2 vu le passif avec l'Assurance Maladie et les pouvoirs publics, mais nous pensons que nous disposons d'une vraie opportunité pour améliorer la situation actuelle de nombreux confrères et ceci dans un contexte économique et social particulièrement difficile comme vous pouvez vous en rendre compte chaque jour. En Lorraine, à part de rares exceptions, tous les spécialistes en secteur 2 sont éligibles au CAS.

Nous nous tenons votre disposition pour toute explication complémentaire.

Bien cordialement et confraternellement.

Dr Thierry BOUR
Secrétaire Général CSMF LORRAINE

Dr Alain PROCHASSON
Président CSMF LORRAINE

Dr Stéphane KIRCHNER
Vice-Président UMESPE – Membre de la CPR

Dr Jean-Luc JURIN
Président UMESPE LORRAINE – Membre de la CPR

Dr Michel VIRTE
AOC-UMESPE - Membre de la CPR

LISTE DES TITRES

- ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000689714

– ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022870745&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121121&oldAction=rechCodeArticle

– médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n° 2004-538 du 14 juin 2004 ;
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005785118

– praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022875568&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121121&oldAction=rechCodeArticle

– praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022875845&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121121&oldAction=rechCodeArticle

MODELE DE LETTRE D'ADHESION À ENVOYER À VOTRE CPAM

Monsieur …………………..
Directeur
CPAM ………………………
Adresse
CP Ville

Objet : adhésion Contrat d'accès aux soins

Ville, le …………………….

Lettre recommandée avec AR

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de solliciter l'adhésion au Contrat d'Accès aux Soins créé par l'article 4 de l'avenant n°8 à la convention des médecins généralistes et spécialistes de 2011.

Etant titulaire du titre ………………….. et conformément à la référence de l'article 35-1 de la convention, je vous saurais reconnaissant de m'adresser le contrat et de prévoir une visite d'un délégué de l'assurance maladie pour me le présenter et recueillir mon adhésion.

En vous remerciant, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de mes sentiments distingués.

Docteur ………………………….



Le 26 mars 2013

Chèr(e) confrère,
Chèr(e) collègue,

Nous avons le plaisir de vous adresser **« LES FICHES PRATIQUES DU SNN n° 1 » sur un sujet d'actualité : le Contrat d'Accès aux Soins (CAS)**, contrat récemment signé dans le cadre de l'avenant n° 8 à la Convention Médicale 2011 entre la majorité des syndicats médicaux et les tutelles, et qui devrait se mettre en place à partir du 1er juillet 2013 pour une durée de 3 ans.

Nous conseillons au praticien d'adhérer à ce CAS. Les principaux arguments sont exposés dans cette « fiche pratique du SNN », et le syndicat reste bien sûr à votre disposition pour toute question ou renseignement complémentaires.

« LES FICHES PRATIQUES DU SNN » seront adressées aux cotisants du SNN selon l'actualité et les besoins d'information au cours de l'année. Certaines - dont le sujet le justifierait, comme c'est le cas de la présente fiche - seront envoyées à l'ensemble des neurologues dont nous disposons des coordonnées.

Sont jointes à l'envoi **« LES FICHES PRATIQUES DU SNN n°2 »**, *A NOUS RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS*, qui permettraient de connaître les praticiens potentiellement concernés ou intéressés, notamment les éligibles de S1.

En effet, si le nombre de neurologues exerçant en secteur 2 est connu (et ces praticiens commencent d'ailleurs à être contactés par les Caisses au sujet du CAS), les praticiens en Secteur 1 éligibles au CAS – ACC et équivalents – sont à ce jour inconnus, puisque les caisses en particulier ne connaissent pas les titres ni qualifications des médecins.

Ces renseignements nous permettent aussi de les sensibiliser à leur éligibilité au CAS (auquel ils ont tout intérêt à adhérer) pour qu'ils vérifient leurs titres. Le SNN se tient à leur disposition pour les aider dans leurs démarches.

Nous souhaiterions que vous complétiez et nous retourniez la fiche 2 dans tous les cas, même si vous n'êtes pas intéressés ou concernés par le CAS. En effet, ces données concernant les modes d'exercice et les orientations d'activité des neurologues actualiseraient celles connues, et seront bien sûr communiquées à toute structure de la neurologie qui le souhaiterait.

Bien confraternellement et syndicalement vôtre.

Dr Alain JAGER
Président du SNN

Siège Social : GOMED – 79 Rue de Tocqueville – 75017 PARIS
Tél. : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 – Fax : 01 40 54 00 66



LES FICHES PRATIQUES DU SYNDICAT

N°1 du 22 Mars 2013

Responsable de la publication : Dr Alain JAGER
Siège social : GOMED 79 rue de Tocqueville 75017 PARIS

LES 10 BONNES RAISONS D'ADHERER AU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS).

1) C'est un **CONTRAT** de droit privé signé avec l'Assurance Maladie et elle seule.
Ce n'est pas une remise en cause du secteur d'exercice.
Le secteur 2 qui y adhére reste en secteur « conventionné à honoraires libres ».

2) **TRANSITOIRE** : signé pour 3 ans.

3) **RÉSILIABLE** annuellement, à chaque date anniversaire, par le médecin *(en LRAR à sa caisse)* ou par la caisse *(uniquement en cas de non-respect par le praticien des termes du contrat)* ; le médecin retrouve alors son secteur conventionnel d'origine, d'avant l'adhésion au CAS.

4) **BÉNÉFICE pour les patients** d'un élargissement de l'offre de soins en TO (tarifs opposables).

5) BENEFICE pour le PRATICIEN DES **AUGMENTATIONS des TARIFS OPPOSABLES** ; ceux-ci ne seront en effet pas applicables au Secteur 2 non-adhérent au CAS *(majorations âge, CCAM,…).*

6) BENEFICE SURTOUT POUR LE PRATICIEN de la **PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DE SES CHARGES SOCIALES** pour 2/3 au prorata de son activité en TO *(estimation moyenne 10000 €/an/praticien).*

7) LE BLOCAGE contractuel DU TAUX de DEPASSEMENT est un **blocage au taux <u>MOYEN</u> 2012**, pas un blocage des dépassements ou de leur taux par acte ; ce taux moyen est d'ailleurs supérieur *(100 %, et sur un taux recalculé, c-a-d d'environ 120 %)* à ce qui avait été envisagé dans les précédentes négociations.

8) **OUVERTURE du CAS AUX AAC et ÉQUIVALENTS ENCORE BLOQUÉS EN Secteur 1** : avancée majeure. Ce point a été primordial dans la négociation *(qui ne prévoyait initialement de ne concerner que les S2 et de limiter leurs dépassements),* et est la concrétisation d'un but du syndicat.

9) LA LARGE **MAJORITÉ DES SECTEURS 2 a ACTUELLEMENT DES PRATIQUES TARIFAIRES RAISONNABLES** *(NB : dépassements moyenne 56% en général et 34,3 % pour les neuros)* qui entrent dans le cadre du CAS et justifient leur adhésion au CAS, sans changement de leurs pratiques.

10) **L'OPPORTUNITÉ DE SIGNER NE SE REPRESENTERA PAS** : si ce contrat n'est pas mis en place au <u>1er juillet 2013</u> faute d'adhésions suffisantes de praticiens, <u>il n'y aura pas de « 2ème tour »</u> ; *certains – qui considèrent l'avenant 8 comme trop favorable aux médecins - se feront un plaisir de faire passer le CAS aux oubliettes*. **Donc, pas d'attentisme** : plutôt adhérer maintenant, quitte à résilier dans 1 an si insatisfait, que l'inverse et risquer de ne même pas pouvoir tester le dispositif.

QUELQUES RAISONS SUPPLÉMENTAIRES à prendre en compte :

- le **contexte économique actuel** (et au moins pour les 3 ans à venir) n'est pas favorable aux dépassements et à l'augmentation du reste à charge du patient. Avec risque d'orientation de patients vers des offres médicales en TO ou « gratuites », le CAS permet de garder voire récupérer de l'activité.

- **risque législatif sur le Secteur 2** toujours présent.

- **risque que les mutuelles ne prennent plus en charge à l'avenir les dépassements chez les praticiens non-adhérents au CAS.**

- **solidarité avec les AAC Secteur 1** qui pourraient aussi bénéficier du CAS.

- **solidarité avec les jeunes installés** qui peuvent d'emblée bénéficier des taux moyens de pratique régionale lorsqu'ils s'installent en CAS, et du maintien du S2 auquel à contribué la signature de l'avenant 8 à la convention médicale.

- enfin, intérêt à ce qu'il y ait dans tout **établissement de soins au moins un praticien de chaque discipline en Secteur 2 adhérent au CAS.**

- avoir en mémoire aussi qu'un praticien S2 qui déciderait de se déconventionner (secteur 3), ne pourrait ensuite plus revenir le cas échéant en secteur 2 d'origine, mais uniquement en secteur 1.



LES FICHES PRATIQUES DU SYNDICAT
N° 2 du 30 mars 2013

Responsable de la publication: Dr Alain JAGER
Siège social: GOMED 79 rue de Tocqueville 75017 PARIS

LES CRITÈRES D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

- médecins exerçant en secteur 2
- médecins titulaires du DP (droit permanent à dépassement)
- médecins qui s'installent pour la 1ère fois en activité libérale et qui ont les titres leur permettant de choisir le S 2
- les médecins S 1 qui se sont installés avant le 1er janvier 2013, qui ont les titres pour accéder au Secteur 2

ÉLIGIBILITÉ DES MÉDECINS de Secteur 1 au CAS

- Ancien Chef de Clinique-Assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984.
- Ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R.6152-501 et suivants du Code de la Santé Publique.
- Médecin ou Chirurgien des Hôpitaux des Armées dont le titre relève du décret n° 2004-538 du 14 juin 2004.
- Praticien Hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R.6152-1 et suivants du Code de la Santé Publique.
- Praticien des Hôpitaux à temps partiel comptant au moins 5 années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R.6152-201 et suivants du Code de la Santé Publique.

COUPON RÉPONSE : ÉLIGIBILITÉ et/ou ADHÉSION au CAS + exercice

A retourner SVP dans tous les cas (entourer), souligner ou cocher)
par poste, en fax ou par mel à **:**

Secrétariat SNN : Dr VRIGNEAUD : 26 rue Eugène France.23000 Guéret. Fax 0555524812. jean.vrigneaud@wanadoo.fr
Ou Dr JAGER : 6 place du Luxembourg.5710Thionville.Fax 0382542542. alain.jager@dbmail.com
Ou Dr PERROUTY : L'esculape.215 avenue du Comtat-Venaissin.84200.Carpentras. docperrouty@wanadoo.fr

Dr ....

Adresse professionnelle

Cachet professionnel

Adresse mail :
Confirmation adresse mail :

Neurologue (ou neuropsychiatre) :	secteur 1	Secteur 1
	DP	Secteur 3
Eligible au CAS	oui	non

Dossier déjà constitué oui en cours non
Intention d'adhérer au CAS oui non ne sais pas
Décision de signer le CAS déjà prise : adhérera n'adhèrera pas ne sais pas

Adhérent au SNN oui non *(merci de préciser si possible raison)*

RENSEIGNEMENTS ANNEXES sur votre activité : *(SVP merci de prendre le temps d'y répondre et ainsi permettre de préciser la grande diversité actuelle d'exercice des neurologues, tous modes d'exercices confondus).*

EXERCICE : libéral exclusif
Seul en association de neurologues association autre(s) spécialité(s)
Forme juridique de l'association : association de fait SCM SCP SELARL autre
Public exclusif préciser votre statut :
Public avec activité privée
Mixte : libéral + temps partiel hospitalier
libéral + activité en établissement de soins privé
libéral + activité en établissement de soins à but non-lucratif

ACTIVITÉ(S) *(que vous pratiquez vous-même)*
- Clinique/consultation exclusif
- Clinique + examens complémentaires

EEG standard adulte enfant nourrisson tout âge
EEG avec Vidéo EEG ou équivalent
Enregistrements de sommeil orientation épilepsie
EMG classique
EMG périnéal et périnéologie
Potentiels évoqués PEV PES PEA PEM
Doppler
Tests cognitifs
Réalisés seuls oui/non
Accès à neuropsychologue oui/non ; si oui hospitalière libérale
Participation BNA (banque Nationale Alzheimer) oui/non
Labellisation consultation-mémoire : oui/non en public/en libéral
Sommeil : polygraphie ventilatoire ambulatoire
polysomnographie
En clinique spécialisée
Suivi et prise en charge des SAS
Activité vasculaire en UNV établissement de soins : public/ privé

Douleur : en consultation en Centre-anti-douleur public/ en clinique privée/en PSPH
Autre hyperspécialisation *(préciser laquelle)*
autres précisions *(libre)*

ACCÈS ETABLISSEMENT DE SOINS public privé A but non lucratif
Accès habituel /ponctuel (type consultant extérieur)

PROBLÈMES de PRESCRITIONS MEDICAMENTEUSES neurologiques pour pathologies ambulatoires : oui / non
Quel(s) médicament(s) ou quelle(s) pathologie(s) (en clair)

autres précisions et commentaires libres

Merci d'avoir répondu.



Le contrat d’accès aux soins est désormais proposé aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 désireux d’améliorer l’accès aux soins de leurs patients et de bénéficier de certains avantages.
Ce nouveau contrat conventionnel, élaboré dans le cadre de l’avenant n°8, permet de solvabiliser les compléments d’honoraires en échange d’avantages sociaux.
Voici son mode d’emploi.



Le contrat d’accès aux soins
Mode d’emploi

En quoi consiste le contrat d'accès aux soins ?

Il s'agit d'un contrat dont le contenu est négocié nationalement entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs signataires de la convention médicale, proposé à l'adhésion individuelle des
médecins de secteur 2, et à certains médecins de secteur
1, notamment les anciens assistants des hôpitaux - anciens médecins miliaires titualaires (ce qui exclut les anciens médecins ayant accompli leur service militaire dans le service des armées en tant que médecin), anciens praticiens hospitaliers plein temps et anciens praticiens des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice.

Le contrat d'accès aux soins est destiné à favoriser l'accès aux soins pour des patients en permettant que ceux-ci soient mieux remboursés.

La durée de ce contrat est de 3 ans et l'engagement du médecin adhérent est réversible. Il peut en sortir tous les ans à la date anniversaire de signature du contrat.

En échange de l'engagement à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité en tarif opposable, les médecins adhérents bénéficient d'avantages sociaux et de la cotation de toutes les majorations réservées au secteur 1. L'assurance maladie s'engage à aligner le niveau de remboursement des médecins adhérents sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1), à les faire



Le contrat d'accès aux soins
Mode d'emploi

bénéficier des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins en secteur 1, et à valoriser l'activité réalisée aux tarifs opposables en prenant en charge les cotisations sociales sur les honoraires correspondants.
Les complémentaires santé sont incitées à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge des dépassements.

Quels sont les médecins concernés ?

Les médecins qui peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins sont :
- Les médecins de secteur 2 et les médecins titulaires du droit permanent au dépassement.
- Les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral et qui ont les titres leur permettant de prendre le secteur 2.
- Les médecins de secteur 1 qui se sont installés avant le 1er janvier 2013 et qui ont les titres pour accéder au secteur 2.

Quels sont les médecins de secteur 1 qui pourront accéder au dispositif ?

Les titres qui permettent de signer le contrat d'accès aux soins sont listés à l'article 35-1 de la Convention de 2011 et des précisions sont apportées par la circulaire du 26 octobre 2011 de la CNAMTS :
- ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du24 février 1984
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
- médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n° 2004-538 du 14 juin 2004 ;
- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;
- praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

A partir de quelle date les médecins peuvent il adhérer au contrat d'accès aux soins ?

Médecins installés avant le 1er janvier 2013 : adhésion entre le 1er janvier 2013 et le 30 juin 2013.
- Les médecins de secteur 2 et titulaires du droit permanent à dépassement installés avant le 1er janvier 2013
- Les médecins de secteur 1 qui se sont installés en secteur 1 avant le 1er janvier 2013 et qui ont les titres pour accéder au secteur 2.

Médecins nouveaux installés (après le 1er janvier 2013) : 6 mois pour adhérer.
- Les médecins qui s'installent, postérieurement au 1er janvier 2013, pour la première fois en libéral et qui ont les titres leur permettant de prendre le secteur 2, ont 6 mois, à partir de leur date d'installation, pour adhérer au contrat.
Après l'entrée en vigueur du dispositif, le médecin éligible peut adhérer au contrat à tout moment.

Quels engagements ?

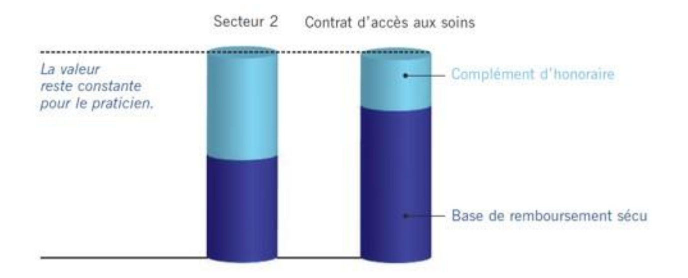
Le médecin adhérent au contrat d'accès aux soins s'engage à :
- Ne pas augmenter ses tarifs pendant les 3 années du contrat,
- Respecter son taux de dépassement moyen de 2012 recalculé (pour les secteurs 2),
- Réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion (idem),
- Respecter un taux de dépassement moyen recalculé au maximum égal à 100% du tarif opposable de la Sécurité sociale.

En quoi consiste le taux de dépassement recalculé ?

Les médecins de secteur 2 qui adhèrent au contrat d'accès aux soins permettent à leurs patients d'être mieux remboursés en bénéficiant des mêmes bases de remboursement Sécu que celles appliquées pour le secteur 1.
Dès lors, le taux moyen des compléments d'honoraires du médecin adhérent est recalculé sur la base des tarifs remboursables du secteur 1 en appliquant les différentes majorations comme la MPC,
les majorations applicables dans le cadre du parcours de soins comme la MCS ainsi que tous les modificateurs prévus dans la CCAM. Par exemple, la base de remboursement de la CS est de 23 euros pour les secteurs 2, elle est de 28 euros pour les secteurs 1.
Les rémunérations forfaitaires (J et K, mais les anesthésistes réanimateurs ne sont pas concernés), la rémunération sur objectif de santé publique (nouveau vocable de la P4P) ainsi que les forfaits d'astreinte ou de

Le contrat d'accès aux soins
Mode d'emploi

régulation dans le cadre de la PDS ne sont pas prises en compte dans ce calcul.
Les calculs sont effectués sur la base de 2012 (toujours pour les secteurs 2).
Le niveau moyen de dépassement est ainsi rebasé au bénéfice du médecin.
Le médecin adhérent au contrat d'accès aux soins pourra conserver toute latitude pour moduler les compléments qu'il applique dans la mesure où il maintient sa moyenne globale recalculée constatée en 2012. Le contrat ne plafonne pas les taux, et permet au médecin de continuer à moduler ses prix en fonction de la nature de ses actes.



Exemple de calcul du taux de dépassement recalculé Pour cet exemple, avec une base d'honoraires remboursables de 150 000 **€**, le taux moyen de dépassement observé est de 53,3%. Après la signature du contrat, le taux de dépassement est recalculé en appliquant les tarifs de remboursement du secteur 1, hors rémunérations forfaitaires. De telle sorte que le volume des honoraires remboursables augmente et est porté de 150 000 **€** à 165 000 **€**. Le taux moyen de dépassement recalculé passe mécaniquement à 39,4%.

Quels avantages ?

Pour le médecin :
Les avantages proposés en contrepartie au médecin adhérent au contrat d'accès aux soins sont :
- Le bénéfice des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur 1. Ce contrat permet donc de réduire considérablement le reste à charge pour les patients et de regagner ainsi des parts de marché sur les hôpitaux publics, les dépassements d'honoraires solvabilisés n'étant plus un frein pour nos concitoyens en période financière difficile.
- La prise en charge des cotisations sociales sur les honoraires correspondant à l'activité réalisée aux tarifs opposables.

Pour les patients :
Les patients du médecin adhérent sont mieux remboursés grâce à l'alignement des tarifs de remboursement par la Sécu sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et une prise en charge privilégiée des compléments d'honoraires par les complémentaires santé.

Quelle est la durée du contrat ?

La durée du contrat d'accès aux soins est de trois ans. Le médecin adhérent peut le résilier chaque année à la date anniversaire de sa signature. Il retrouve alors son secteur d'origine, c'est-à-dire, celui dans lequel il exerçait avant de signer.

Comment adhérer au contrat d'accès aux soins ?

Le médecin doit déclarer son souhait d'adhérer au contrat d'accès aux soins auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation. Pour cela, il faut qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal **le formulaire type** rempli (cf document fourni par le SNARF en pj. et à retrouver sur le site www.snarf.org) par lettre recommandée avec accusé réception. Il doit y joindre un état de sa pratique tarifaire sur l'année 2012 (pour les secteurs 2). Cet état est mis à sa disposition par la caisse.
La caisse va enregistrer l'adhésion à la date de réception de la lettre et va adresser au médecin un courrier qui atteste de l'enregistrement.

Le Gouvernement ou le Parlement peuvent-ils modifier le contrat d'accès aux soins ?

Non. Il s'agit d'un contrat de droit privé qui ne peut être résilié que par un des deux signataires : le médecin ou la Caisse. Le médecin peut le faire tous les ans à la date anniversaire de signature du contrat. La Caisse, elle, ne peut le faire que si les engagements pris par le médecin ne sont pas respectés. Pour cela, elle doit se conformer à certaines règles très précises (voir ci- dessous).

Le médecin peut-il résilier le contrat d'accès aux soins ?

Oui. Le médecin qui a adhéré peut revenir sur son choix à la date anniversaire du contrat (ou de l'avenant, le cas échéant). Il doit en informer la caisse par lettre

Le contrat d'accès aux soins
Mode d'emploi

recommandée avec avis de réception.
La résiliation sera effective un mois après la réception du courrier par la caisse et à compter de cette date le médecin perd les avantages conférés par le contrat.

La Caisse peut-elle résilier le contrat d'accès aux soins ?

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre du contrat d'accès aux soins, elle lui adresse un courrier d'avertissement qui signale :
- d'une part, les anomalies constatées ;
- d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion pourra être mise en oeuvre.

La procédure de résiliation du contrat d'accès aux soins par la Caisse

Si la caisse met en oeuvre la procédure de résiliation, elle adresse un courrier au médecin par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure.
Le médecin dispose de 2 mois à compter de la réception du courrier pour faire connaitre ses observations écrites à la caisse. Il peut également dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la CPL, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue du délai de 2 mois, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.
A partir de la réception de ce courrier, la caisse met fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales.
Elle peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au contrat d'accès aux soins.
NB : Cette procédure s'applique également lorsque la caisse constate dans le délai de 2 mois suivant l'envoi par la caisse au médecin d'un avenant au contrat d'accès aux soins, qu'il n'a pas été signé. La caisse lui adresse alors un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant au contrat.

Quel est le secteur conventionnel du médecin si le contrat d'accès aux soins est résilié ?

Le médecin qui résilie le contrat d'accès aux soins retrouve son secteur conventionnel d'origine, c'est-à- dire celui dans lequel il exerçait avant d'adhérer au contrat.
Les syndicats signataires ont voulu que les effets de ce contrat soient réversibles et que les médecins puissent conserver la possibilité, à tout moment, de revenir en arrière s'ils le souhaitent.

Les réponses aux questions que vous vous posez



Comment savoir si j'ai intérêt ou pas de souscrire à ce contrat ?

C'est avant tout une question individuelle à regarder selon ses objectifs personnels, sa pratique et sa patientèle. Les médecins de secteur 2 qui ont des dépassements modérés (inférieurs ou égaux à 100% du tarif Sécu sur la base des tarifs en secteur 1), et ont une part importante de leur activité en tarif opposable, y ont franchement intérêt sur le plan financier.
La prise en charge des cotisations sociales sur la part opposable peut se révéler particulièrement intéressante, surtout dans le contexte d'une aggravation généralisée des prélèvements sociaux. Le montant moyen d'allègement de cotisations sociales est évalué à 4 300 € par an et davantage selon la nature de l'activité.
D'autre part, les médecins en secteur 2 adhérents bénéficient de toutes les revalorisations tarifaires pour le secteur 1.

Voici la liste des revalorisations pour les anesthésistes-réanimateurs qui entreront en application au 1er juillet 2013 :
- Application de la majoration forfaitaire de 5 € sur les actes cliniques (C, CS, C2) pour les patients âgés de plus de 85 ans (et de plus de 80 ans au 1er juillet 2014) ;

Le contrat d'accès aux soins
Mode d'emploi

- Le C2 correspond toujours pour les anesthésistes-réanimateurs à l'avenant négocié par le SNARF qui lie le C2 à la classe ASA 3 et + du patient.

- La cotation de l'échoguidage réclamée depuis des années par le SNARF a enfin été validée par l'avenant n°8, nous attendons le décret d'application de cette nouvelle cotation.

Comment connaître le niveau moyen de mes compléments d'honoraires ?

Les services de l'assurance-maladie contacteront chaque médecin de secteur 2 concerné pour lui faire connaitre son taux moyen recalculé.

La Sécu va-t-elle imposer une baisse du niveau de mes compléments d'honoraires ?

Non. Ce n'est pas l'objectif du contrat d'accès aux soins. En revanche, du fait du relèvement des plafonds de remboursement sur ceux du secteur 1, et dans la mesure où vous vous êtes engagé à geler vos prix pendant la durée du contrat, le montant de vos compléments sera mécaniquement minoré (voir schéma ci-dessus), bien que la valeur globale facturée reste constante.

Sera-t-il possible d'appliquer des compléments d'honoraires au-delà du seuil des 100 % ?

Oui, puisque la limitation des compléments d'honoraires à 100 % prévue dans le contrat s'applique **à la moyenne** recalculée de votre activité, et non acte par acte.

Y a-t-il un quota obligatoire d'actes en CMU ?

Non. Simplement vous devrez maintenir votre part d'activité en tarif opposable (CMU, ACS : aide à la complémentaire santé, urgences) constatée lors de la signature du contrat. Mais, et c'est une différence notoire, vous bénéficierez de la prise en charge de vos cotisations sociales sur cette part d'activité.

Que se passe-t-il pour les nouveaux installés ?

Pour les nouveaux installés en CAS et pour les secteurs 1 pouvant bénéficier du CAS, la part d'activité en tarif opposable ne peut être inférieure à 30%, et les compléments d'honoraires seront alignés sur la moyenne régionale constatée des anesthésistes- réanimateurs de secteur 2 en 2012.

Est-il possible de revenir en secteur 2 si le contrat ne me satisfait pas ?

Oui, pour les secteurs 2, vous pouvez sortir chaque année à la date anniversaire de la signature de votre contrat. Vous retournerez alors dans votre secteur d'origine.
A noter, les secteurs 1 ayant choisi le CAS ne pourront pas passer en secteur 2 ni les nouveaux installés ayant choisi directement le CAS à l'installation. Nous conseillons donc à ceux qui s'installent pour la première fois et qui peuvent opter pour le secteur 2 de choisir d'abord ce secteur avant d'opter dans les 6 mois suivant leur installation pour le CAS.

Que devient l'option de coordination ?

Très peu d'anesthésistes-réanimateurs sont concernés. mais l'option de coordination sera effective jusqu'à l'entrée en application du contrat d'accès aux soins, c'est-à-dire jusqu'au 1er juillet 2013. Les médecins adhérents à l'option de coordination ont intérêt à adhérer au contrat d'accès aux soins.

Comment faire savoir à mes patients que j'adhère au contrat d'accès aux soins ?

Il vous suffit de le mentionner sur la grille de vos tarifs affichée dans votre salle d'attente. D'autre part votre adhésion au contrat figurera sur votre fiche personnelle dans le site www.ameli-direct.fr que les patients ont la possibilité de consulter pour rechercher les coordonnées des professionnels de santé.

L'adhésion au contrat d'accès aux soins conditionne-t-elle l'installation ?

Il n'y a aucune interaction entre le contrat d'accès aux soins et l'installation. La liberté d'installation est maintenue sans changement.

Le CAS en pratique sur AMELI
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/contrat-d-acces-aux-soins/la-souscription-au-contrat-en-pratique.php

Conseil d'administration du SNARF

Bureau :
Président : Dr Michel LÉVY
Secrétaire-Général : Dr Christian-Michel ARNAUD
Trésorier : Dr Patrice FORTEL
1er Vice-Président : Dr Michel SFEZ
Vice-Président : Dr Marie-Paule CHARIOT
Vice-Président : Dr Didier LUGRIN
Vice-Président : Dr Patrick-Georges YAVORDIOS
Secrétaire général adjoint : Dr Pierre LANOT
Trésorier-adjoint : Dr Marc GENTILI
Présidents d'Honneur : Dr Gérard CHAPUS, Dr Jean-Marc DUMEIX
Collège réanimation : Dr Patrick BLANCHET

Administrateurs :
Dr Marie-Laure CITTANOVA
Dr François CORTET
Dr Olivier DE COCK
Dr Laurent DELAUNAY
Dr Jean DROGUET
DR Marc DUPONT
Dr Patrick HAHN
Dr Celdric LABOURDETTE
Dr Christian LADOUCE



Réalisation : Valérie-Anne Hauchart



SNARF 185 rue Saint-Maur 75010 PARIS
www.snarf.org
contact@snarf.org
www.facebook.com/snarf.org

Snarf
Syndicat national des anesthésistes réanimateurs de France

BULLETIN D'ADHESION au SNARF 2013

Madame, Monsieur, le Docteur : (rayer la mention inutile)
Prénom : ....Nom :... Adresse de correspondance : (préciser: professionnel ou personnelle) :
.... Autre adresse: .... N° téléphone professionnel : ....N° fax professionnel : .... N° téléphone domicile : ....N° fax domicile: .... N° portable : ....
Email : ....
Date et lieu de naissance de naissance : .... Année de Thèse : ....Qualification : ....Date : .... Mode d'exercice : (rayer les mentions inutiles)
- Libéral Secteur I
- Libéral Secteur II
- Hospitalier temps plein
-Hospitalier temps partiel
-Hospitalier privé à but non lucratif

COTISATIONS SNARF 2013

- 310 euros praticiens libéraux (déductible fiscalement)
- 200 euros Nouveaux installés (moins d'un an)
- 200 euros Praticiens hospitaliers sans secteur privé
- 50 euros Retraités
- 1 euro Internes Chefs de clinique
- Etes-vous adhérent de la SFAR (Société française d'anesthésie-réanimation) ? ....
- Etes-vous adhérent du Collège français des anesthésistes-réanimateurs ?..................

A quelle centrale syndicale souhaiteriez-vous que le SNARF reverse une partie de votre cotisation ? ....
Comment avez-vous connu le S.N.A.R.F. ? ....

Date :
Signature et tampon

N° ADELI :
N° Conseil de l’Ordre : N° RSS :

DEMANDE D’ADHÉSION AU CONTRAT D’ACCÈS AUX SOINS

CPAM de

Courrier recommandé avec accusé de réception

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) Docteur

Exerçant en secteur 2 ❏

Exerçant en secteur 1 ❏ et bénéficiant du titre de :

- ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du24 février 1984 ❏
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ❏
- médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n° 2004-538 du 14 juin 2004 ❏
- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ❏
- praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d’exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique ❏

demande mon adhésion au contrat d’accès aux soins conformément à l’arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 (JORF n°0285 du 7 décembre 2012 page 19171 texte n° 21).

Fait à

Signature



MCo/LN/9758/13/UNOF

Paris, le 9 avril 2013

Cher(e)s Ami(e)s,

La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) arrive sur le compte bancaire des médecins généralistes.

Nous devons profiter de cette période pour inciter les médecins à adhérer au syndicat qui leur a permis d'obtenir cette nouvelle rémunération qui, pour certains d'entre eux, va être substantielle.

L'UNOF-CSMF vous fournit une circulaire où il vous suffit de rajouter le nom et l'adresse de votre syndicat local.

Conjointement, une circulaire d'information va être adressée par mail à tous les médecins généralistes français sur une base fiable.

L'UNOF-CSMF compte sur vous pour prolonger notre communication et faire prendre conscience aux confrères de l'intérêt d'un syndicat qui marche et qui a besoin de soutiens.

Merci d'avance pour votre investissement.

Amitiés.

Dr Michel COMBIER
Président

P.J. : modèle circulaire

Rémunération sur objectif de santé publique : les premiers dividendes arrivent

A…… Le ………………..

Chère consœur, Cher confrère,

Depuis cette semaine, les médecins spécialistes en médecine générale reçoivent la première rémunération de leur investissement dans la modernisation de leur métier, dans la santé publique et dans la prévention. Cette rémunération porte sur l'année 2012. **La rémunération moyenne se situe entre 5 000 € et 6 000 € pour un taux moyen d'atteinte des objectifs à 50%.**

Deux cas de figure se présentent pour vous :

→ soit la rémunération que vous avez perçue correspond à ce que vous attendiez,

→ soit ce n'est pas le cas, alors vous pouvez contester auprès de la Caisse d'Assurance Maladie en vous faisant aider par votre syndicat local :
(coordonnées du syndicat)

Comme vous pouvez le constater, cette rémunération est loin d'être négligeable. Non seulement elle s'ajoute à votre revenu mais surtout, et c'est essentiel, elle permet de prendre en compte votre investissement personnel dans votre exercice sur les objectifs de santé publique et d'équipement du cabinet. Jusqu'à présent, ce pan de votre activité était ignoré et n'était pas rémunéré.

Cette grande avancée résulte du travail acharné de vos représentants syndicaux UNOF-CSMF qui recherchent dans les espaces réduits par la crise économique une amélioration de la condition des médecins libéraux.

C'est la CSMF et l'UNOF qui ont porté le projet de faire évoluer la rémunération du médecin libéral, et ce pour tous les médecins conventionnés, et pas uniquement pour un petit groupe de médecins ayant un contrat avec la Caisse.

C'est la CSMF et l'UNOF qui ont proposé dans le cadre de la négociation de la convention médicale de 2011 la mise en œuvre d'une rémunération permettant de valoriser la qualité médicale, dans le cadre d'un choix personnel.

Bien loin des discours populistes de ceux qui promettent la lune et qui n'apportent jamais rien d'autre aux confrères que la dégradation de l'image de leur métier auprès de la population et des tutelles, les cadres de l'UNOF-CSMF se battent pour la reconnaissance et la prise en compte de la complexité de l'exercice du médecin spécialiste en médecine générale.

L'UNOF-CSMF fait preuve de pragmatisme pour faire progresser notre profession.

L'UNOF-CSMF compte sur votre soutien pour continuer son travail à votre service.

Votre cotisation contribue à la reconnaissance de notre métier.

Au moment où vous recueillez le fruit de notre travail commun, donnez-nous, par votre adhésion, les moyens de continuer à défendre notre profession et notre avenir.

Dr. …..
UNOF



2.2. : Pourquoi cotiser ? La bonne réponse du SYNMAD !



SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS FRANÇAIS SPECIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF
79, rue de Tocqueville – 75017 PARIS
Tél. : 01.44.29.01.30. – Fax 01.40.54.00.66.
www.synmad.com - email : Synmad@wanadoo.fr

PARIS, le 17 AVRIL 2013

***« MAIS QU'A DONC FAIT LE SYNDICAT ?
POURQUOI CONTINUERAIS-JE A PAYER MA COTISATION ? »***

Madame et Cher Confrère,
Cher Confrère,

Malheureusement ces « mauvaises pensées » ont du traverser votre esprit un jour ou l'autre !

Malgré tout, il reste de notre devoir de vous présenter un rapport d'activité, comme chaque année, après son assemblée générale. Soyez indulgents, lisez jusqu'au bout.

Notre travail syndical reste un travail de l'ombre qui n'a qu'un but : améliorer vos conditions d'exercice professionnel et financières.
Exercice difficile quand il s'agit de tenir tête à des champions toutes catégories de la technocratie administrative. Nous sommes les béta-testeurs des élucubrations les plus folles de projets sulfureux inapplicables, venant aussi bien de nos tutelles politiques que de nos tutelles hospitalières publiques ou privées.

Il faut alors élaguer, voire supprimer, en tout cas simplifier des projets qui doivent aboutir sur vos bureaux compréhensibles, simples, applicables et rentables.

2012, et début 2013, restera une période féconde qui voit aboutir, chez vous, de nombreuses options.

L'avenant n°8, et son contrat d'accès aux soins (CAS), qui permettra pour la majorité de ceux d'entre vous qui sont secteur 2 de garder un secteur 2 tout en diminuant de plusieurs milliers d'euros leurs charges sociales. Vous serez contactés par les D.A.M. (délégués de l'Assurance Maladie), ils utiliseront leur calculateur de charges et vous feront la simulation des économies dont vous serez susceptibles de bénéficier.

L'avenant n°10, et sa ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) ex P4P, vous permettra d'améliorer vos pratiques grâce à des indicateurs validés et simples à mettre en œuvre. Ici, encore, en fonction de votre patientèle, vous pourrez bénéficier d'une attribution de quelques milliers d'euros.

Enfin, grâce à l'avenant n°8, vous pourrez bénéficier de la possibilité d'une cotation Cx2 supplémentaire (délai de 6 mois entre deux Cx2 ramené à 4 mois) et ainsi vous verrez que pour un hépato-gastroentérologue en charge de 600 patients qui verrait 300 patients en Cx2, son chiffre d'affaires augmenterait de plus de 12 000 €.

Mais nous avons, aussi, définitivement consolidé la CCAM des hépato gastroentérologues et la valorisation financière de la colo et de la gastro ne baissera définitivement plus.
En secteur 1, vous pourrez noter une augmentation de votre chiffre d'affaires de près de 10 % grâce à nos efforts appuyés par ceux de la CSMF.
En secteur 2, vous pouvez faire des économies substantielles qui sont autant d'amélioration de votre BNC.

Nous vous demandons de renouveler votre adhésion au SYNMAD, soit un chèque de 180 euros.
180 € : Notez que cela représente 1,5 % de ce que nous avons fait gagner en plus cette année.
Réfléchissez bien que cette cotisation nous permettra, l'année prochaine, de maintenir espoir.

Prenez note de nos engagements :

- nous travaillons au DPC accessible à tous,
- nous travaillons à la Valorisation des Consultations Cliniques Complexes (CCC),
- nous travaillons à l'accélération de l'atteinte des valeurs cible (augmentation de la tarification de nos actes !)
- nous travaillons à la cotation de gestes oubliés ou de techniques nouvelles validées mais non hiérarchisées,

1,5 % de ce que nous vous avons apporté ne mérite–t-il pas d'être réinvesti pour l'année prochaine ?

Affirmez votre participation, votre combat et votre présence à nos côtés. Nous ne vivons que de nos cotisations. Merci.

Enfin, nous accueillons avec plaisir les nouveaux membres du Conseil d'Administration que vous avez élus. Ils sauront, nous en sommes sûrs, poursuivre avec enthousiasme les engagements de tous ceux qui ont fabriqué les contours de cette profession. Nous saluons le départ de Jacques CORALLO, Jean Marc CANARD et Christian FLORENT.

Bien cordialement.

Dr. Thierry HELBERT
Président

Dr. Jean Paul JACQUES
Secrétaire Général

ELECTION DU NOUVEAU BUREAU lors du CONSEIL d'ADMINISTRATION DU 10 AVRIL 2013		
Président :	**Dr. Thierry HELBERT**	13006 MARSEILLE
Vice Présidents :	**Dr. Franck DEVULDER**	51100 REIMS
	Pr. Philippe MARTEAU	75010 PARIS
Secrétaire Général :	**Dr. Jean Paul JACQUES**	31000 TOULOUSE
Secrétaire Général Adjoint :	**Dr. Eric VAILLANT**	59700 MARCQ EN BAROEUL
Trésorier :	**Dr. Denis CONSTANTINI**	91100 CORBEIL
Membres :	**Dr. Frédéric CORDET**	33000 BORDEAUX
	Dr. Frédéric KAFFY	31000 TOULOUSE
	Dr. Patrick GASSER	44200 NANTES
	Pr. Thierry PONCHON	69003 LYON

III – COMMUNIQUÉS DE PRESSE DIFFUSÉS PAR L'U.ME.SPE

3.1. Communiqué du 12 avril 2013 - La ROSP : un élément positif de la contractualisation avec les caisses d'Assurance Maladie

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, a étudié les chiffres montrés au cours de la Commission Nationale Paritaire sur l'informatisation des cabinets médicaux des médecins spécialistes. Nous observons une augmentation extrêmement significative de l'informatisation certainement liée à la prise en charge financière que les médecins reçoivent aujourd'hui sur leur compte bancaire.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que cette aide à l'informatisation est pérenne, qu'il faut, par ailleurs, prendre en compte les situations particulières des médecins exerçant en établissement et que la modernisation des cabinets médicaux est une première étape vers un regroupement indispensable pour donner une meilleure visibilité de la médecine spécialisée de proximité.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite du succès de la ROSP des médecins traitants et constate l'échec des mots d'ordre des syndicats qui s'étaient opposés à cette nouvelle forme de rémunération.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle, qu'au-delà de la finalisation de la ROSP des cardiologues, des hépato-gastroentérologues, les travaux des pédiatres et des endocrinologues doivent s'accélérer pour que, par étape, toutes les spécialités soient concernées.

3.2. Communiqué du 25 avril 2013 - Contrat d'accès aux soins : incohérence et inefficacité

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, a lu avec étonnement un certain nombre de messages adressés aux médecins spécialistes du secteur 2 remettant en cause la signature de l'avenant n°8. Les évolutions internes d'une centrale syndicale ne doivent pas entrainer des mots d'ordre néfastes à l'intérêt des médecins libéraux.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que l'accord du 15 octobre 2009 sur le secteur optionnel avait été signé, après d'âpres négociations, par la CSMF et le SML, que la convention de septembre 2011 comportait également un secteur optionnel, cette convention a été signée par la CSMF, le SML et MG France et largement ratifiée par les différentes instances de ces syndicats.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. ne comprend donc pas l'opposition au contrat d'accès aux soins puisque, sous une appellation différente, il reprend l'essentiel des critères du secteur optionnel en améliorant les possibilités de compléments d'honoraires pour les médecins et la prise en charge de ceux-ci par les assurances complémentaires qui, pour la première fois, se sont engagées par leur signature. Il faut également rappeler qu'à travers l'avenant n°8 c'est l'injustice vis-à-vis des anciens chefs de clinique et assimilés qui est réparée et l'ouverture, à terme, de ce contrat pour tous les médecins libéraux.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. regrette, par ailleurs, que la position négative, depuis près de 20 ans, faite d'opposition systématique d'un syndicat de chirurgiens n'ait apporté aucun bénéfice tarifaire pour ses mandants. C'est la CSMF, à travers la convention de 2005 et la mise en place de la CCAM technique qui a obtenu un rattrapage, certes insuffisant, mais réel des actes chirurgicaux. C'est le SNARF, dans le cadre de l'U.ME.SPE./C.S.M.F., qui a apporté une revalorisation conséquente pour l'ensemble des médecins anesthésistes réanimateurs libéraux. Nous constatons, par ailleurs, la position isolationniste du syndicat majoritaire des chirurgiens puisque même le président du SYNGOF a manifesté sa volonté de signer l'avenant n°8 pour mieux défendre les intérêts des gynécologues obstétriciens.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite de la position sans ambiguïté de la composante AOC/CSMF (Anesthésie – Obstétrique – Chirurgie) qui apporte son soutien à la signature du contrat d'accès aux soins qui préserve les intérêts de tous les médecins libéraux quel que soit leur secteur d'exercice.

IV – AUTRES COMMUNIQUÉS DE PRESSE

4.1. Communiqué de presse du Syndicat National des Spécialistes en Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques et Nutrition (SEDMEN) du 8 avril 2013

L'initiative menée par la CNAM pour l'accompagnement des patients diabétiques, SOPHIA, amène de nombreux commentaires.

La démarche est louable, dès lors qu'elle peut susciter chez le patient diabétique un degré de motivation nécessaire pour changer ses comportements tant alimentaires que physiques.

La CNAM s'improvise et s'individualise comme professionnel de santé et bien sûr, en tant qu'organisme payeur, finance sa démarche.

A l'heure où, démographie oblige, la déclinaison de l'inter-professionnalité s'impose et adhère à un principe idéal de démocratie sanitaire, la CNAM, qui pourrait montrer l'exemple, s'en dédouane et décide seule de son intervention, en informe le médecin traitant sans inclure le diabétologue. Autrement dit, elle se prive d'un partenaire expert qui, loin de s'opposer à cette initiative, serait associé au projet pour mieux le dynamiser et l'intensifier.

Si la CNAM continue à œuvrer Seule, elle ne pourra, malgré l'effort financier qu'elle s'alloue, prétendre prendre en charge tous les patients diabétiques, argument d'ailleurs trop souvent opposé aux médecins endocrino-diabétologues...

Cette initiative, pour qu'elle ne soit pas vaine, doit s'articuler autour du patient diabétique, en concertation avec son médecin traitant et son endocrino-diabétologue sans qui l'intensification thérapeutique inéluctable n'est pas concevable.

Le SEDMEN en appelle à la rationalisation du dispositif SOPHIA. Cette plateforme, et non ce professionnel de santé improvisé, pourrait tirer vers le haut la prise en charge des patients diabétiques en légitimant, comme le soulignent les récentes recommandations de la HAS/ANSM, le rôle des endocrino-diabétologues.

Docteur Claude COLAS
Vice Présidente du SEDMEN

4.2. Communiqué de presse AOC/CSMF du 24 avril 2013

Pourquoi faut-il signer le contrat d'accès aux soins ?
Depuis quelques jours une désinformation sévit dans nos boîtes Mail, présentant le ***Contrat d'Accès aux Soins*** *(CAS) comme un piège.*
AOC-CSMF qui s'était battue avec l'U.ME.SPE. pour la création d'un secteur optionnel s'étonne de cette présentation, alors que le contrat d'accès aux soins est, en fait, une version améliorée du secteur optionnel demandé par tous les syndicats représentatifs et signé en 2009, puis lors de la convention de 2011.

Pourquoi les praticiens secteur I éligibles au CAS doivent-ils le signer ?
Parce, qu'enfin, grâce au travail de notre syndicat, ils peuvent sortir du carcan dans lequel ils étaient enfermés depuis le gel de l'accès du secteur 2 et obtiennent une possibilité de moduler leurs honoraires sans pénaliser leurs patients.

Pourquoi les praticiens secteurs 2 éligibles doivent-ils eux aussi le signer ?

- Parce que pour 95 % d'entre eux, ils y trouveront un bénéfice financier qui a été estimé à environ 5 à 10 000 € par an pendant 3 ans,
- Parce qu'ils bénéficieront de la prise en charge de la part de leurs charges sociales correspondant aux actes effectués au tarif opposable,
- Parce que le contrat d'accès aux soins leur permettra de bénéficier des tarifs de remboursement du secteur 1 pour les patients en secteur opposable (MPC, MCS, Majoration d'âge, Coefficient J et K pour les chirurgiens et les obstétriciens),
- Parce que ce n'est pas un engagement illimité, c'est un contrat d'une durée de 3 ans que l'on peut résilier tous les ans,
- Parce que le secteur d'origine est conservé,
- Parce que le taux de dépassement à ne pas dépasser est un taux moyen calculé annuellement et non un taux calculé par acte,
- Parce que, dans la période de crise actuelle, les dépassements d'honoraires non pris en charge ont entraîné une perte de 10 % de part d'activité de la chirurgie libérale au profit de l'hôpital,
- Enfin, parce que, dans le marasme économique dans lequel nous vivons actuellement, il paraît illusoire d'espérer pouvoir augmenter la part de complément d'honoraires restant à la charge des patients.

AOC-CSMF, représentant les spécialistes des plateaux techniques au sein de la CSMF, engage tous les médecins éligibles à signer le contrat d'accès aux soins.

AOC-CSMF apportera aux anesthésistes, obstétriciens et chirurgiens aide et conseils pour optimiser au mieux leur choix.

Contacts presse :
Dr. Jacques CATON - Dr Christian-Michel ARNAUD - Dr. Yves VERHAEGHE

V - À propos de : «EN DIRECT DU SPECIALISTE»

« EN DIRECT DU SPECIALISTE » est un mensuel électronique, son objectif est de diffuser les messages syndicaux de l'UMESPE. Tous les textes peuvent être repris et utilisés librement par les différents syndicats affiliés à l'UMESPE et à la CSMF.
L'abonnement (gratuit) est obtenu sur simple demande à la rédaction : umespe@club-internet.fr
Nous vous rappelons que conformément aux dispositions la loi 78-17 : "Informatique, fichiers et liberté", vous conservez la possibilité d'accéder aux informations vous concernant et de les rectifier si vous le jugez nécessaire.

VI – REMERCIEMENTS pour son soutien à SCAMED

